

BULLETIN D'ADHESION



Nom et Prénom _____

Date de naissance _____

Profession _____

Adresse _____

_____ Tél. _____

Je soussigné, déclare adhérer à l'association de Parents d'Enfants
Handicapés Mentaux de la Boucle de la Seine

en qualité de membre Actif (1) _____

établissement de mon proche _____

en qualité de membre Ami (2) _____

et verser à ce jour la somme de _____

correspondant à ma cotisation pour l'année **2020**.

Cotisation

- ◇ 65 euros adhésion simple
- ◇ 83 euros adhésion couple
- ◇ 34 euros multi-adhésion

Règlement :

- ◇ Chèque à libeller à l'ordre de APEI de la Boucle de la Seine
- ◇ Virement bancaire : préciser l'objet

Date _____ Signature _____

(1) Actif (parent d'enfant déficient)

(2) Ami (non parent)

A retourner à :
APEI de la Boucle de la Seine
1 Bd Charles de Gaulle
92700 Colombes